



## TERMO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, tenho ciência e reconheço que a eventual aceitação do meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde e/ou ao contrato de plano de assistência odontológica, ambos coletivos por adesão, celebrados entre a Qualicorp Administradora de Benefícios Ltda. e a Medial Saúde S.A., em convênio com a Associação Paulista de Medicina (a "**APM**"), destinados única e exclusivamente aos associados à **APM** e a seus respectivos dependentes, será válida também como proposta de filiação à **APM**, caso eu ainda não seja associado(a) à entidade, enquadrando-me, assim, na condição de elegibilidade das referidas apólices coletivas. Tenho ciência também de que minha permanência em qualquer um dos referidos contratos coletivos está vinculada à minha condição de associado(a) à **APM**, o que inclui minha total responsabilidade pelas obrigações estatutárias com essa Entidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do proponente titular: \_\_\_\_\_